



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
[www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 55S (2012) e329–e334

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
[www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

**ANNALS**  
 OF PHYSICAL  
 AND REHABILITATION MEDICINE

## Spasticité (II) : évaluation et traitement

### *Spasticity (II): Evaluation and treatment*

#### Communications orales

##### Version française

CO26-001-f

#### **Blocs anesthésiques locorégionaux (ALR) : intérêts en MPR, précautions, recommandations de mise en œuvre**

F.-C. Boyer<sup>\*</sup>, L. Percebois-Macadre, J.-M. Coulon, A. Rapin, F. Delmer  
*Unités de médecine physique, pôle autonomie et santé, CHU de Reims  
 Champagne-Ardenne, 48, rue de Sébastopol, 51092 Reims, France*

<sup>\*</sup>Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [fboyer@chu-reims.fr](mailto:fboyer@chu-reims.fr).

**Mots clés :** Anesthésie locorégionale ; Spasticité ; Technique ; Complications ; Indications ; Blocs nerveux ; Anesthésie locale ; Médecine physique ; Évaluation  
**Introduction.**— Les anesthésiques locaux interrompent transitoirement la conduction des fibres nerveuses. Ces principes actifs sont injectés à proximité des fibres nerveuses. Il est nécessaire de connaître l'anatomie selon le bloc recherché, maîtriser les techniques et le matériel, anticiper les risques liés aux principes actifs utilisés, procéder à l'organisation des unités de soins pour ces gestes, évaluer le bénéfice/risque de ces gestes pour des indications d'évaluations neuro-orthopédiques en MPR.

**Méthodologie.**— Revue des recommandations des sociétés savantes concernant la mise en œuvre de ALR pour une sécurité optimale de ces gestes dans les unités de soins MPR.

**Résultats.**— L'ALR en MPR s'intéresse essentiellement aux effets de blocs moteurs sélectifs pour analyser la fonction (marche, préhension), de blocs nerveux sensitivomoteurs complets pour analyser la longueur tendino-musculaire en vue d'une chirurgie ou d'anesthésie périphérique pour réaliser des injections de toxine botulique dans de bonnes conditions. Le choix du principe actif est lié à la durée et au délai d'action, à sa puissance et sa toxicité. En MPR, la ropivacaïne (longue durée et délai action) et la lidocaïne (courte durée et délai action) sont les plus utilisés. Le risque de toxicité est lié au passage systémique du médicament (toxicité neurologique et cardiaque proportionnel à la concentration du principe actif), ou aux phénomènes immuno-allergiques très rares (choc anaphylactique). Les autres complications sont liées aux matériels de repérage des fibres nerveuses (stimulateurs d'ALR adaptés, aiguilles à biseau court) et à la technique qui mal réalisée peut provoquer des plaies nerveuses et des douleurs neuropathiques résiduelles.

**Discussion.**— L'ALR pour des indications MPR est essentiellement nerveuses périphériques (jamais centrale) uni ou pluritronculaires. Elle a un triple intérêt : évaluation fonctionnelle, orthopédique ou anesthésique distale. Une ALR dite « one shot » est peu risquée compte tenu de la tolérance des produits et du volume injecté de moins de 6 cm<sup>3</sup> (risque allergique et plaie nerveuse persistant). Une ALR « multiple shot » nécessite la connaissance du risque de diffusion systémique (toxicité neurologique initiale puis cardio-circulatoire). Le volume de principe actif ne doit pas dépasser 30 cm<sup>3</sup>, la surveillance et la

procédure des soins adaptées, la disponibilité d'une voie veineuse, du matériel de réanimation pour une prise en charge sans délai, d'une attestation de compétence des soins d'urgence.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.832>

CO26-002-f

#### **Comparaison de l'effet du bloc diagnostique aux anesthésiques et de la neurotomie tibiale en cas de pied varus équin spastique hémiplégique**

T. Deltombe<sup>a,\*</sup>, T. Gustin<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Service de médecine physique & réadaptation, CHU-UCL Mont-Godinne, 1, avenue Therasse, 5530 Yvoir, Belgique

<sup>b</sup>Service de neurochirurgie, CHU-UCL Mont-Godinne, Yvoir, Belgique

<sup>\*</sup>Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [thierry.deltombe@uclouvain.be](mailto:thierry.deltombe@uclouvain.be).

**Mots clés :** Hémiplégie ; Spasticité ; Bloc anesthésique ; Neurotomie

**Introduction.**— La neurotomie tibiale est le traitement chirurgical de référence du pied varus équin spastique non rétracté. Afin de confirmer l'indication opératoire, un bloc diagnostique aux anesthésiques des branches collatérales motrices du nerf tibial sont habituellement réalisés.

**Objectif.**— Comparer les améliorations obtenues après bloc diagnostique aux anesthésiques et après neurotomie en cas de pied varus équin spastique chez des patients hémiplégiques.

**Matériels et méthodes.**— Étude prospective de 30 patients hémiplégiques ayant bénéficiés de bloc diagnostique aux anesthésiques et d'une neurotomie tibiale avec un suivi de 2 ans. Nous avons étudiés la spasticité du triceps sural (échelle d'Ashworth), la force des releveurs de pied (échelle MRC), la flexion dorsale passive de cheville, la vitesse de marche (test de marche de 10 mètres) et la cinématique de marche (analyse vidéo) avant et après bloc puis 2 mois, et 2 ans après neurotomie.

**Résultats.**— La diminution de la spasticité et l'amélioration de l'attitude en varus-équin en phase oscillante et en phase d'appui étaient identiques après bloc et 2 mois et 2 ans après neurotomie. Le bloc anesthésique ne révélait pas l'amélioration discrète de la vitesse de marche et de la force des releveurs de pied observée 2 ans après neurotomie. Aucune limitation de la flexion dorsale passive de cheville n'a été observée.

**Conclusion.**— Le bloc diagnostique aux anesthésiques permet de prédire la réduction de la spasticité et l'amélioration de la cinématique de marche observées après neurotomie tibiale en cas de pied varus équin spastique. Nous recommandons l'utilisation cet outil d'évaluation qui permet également au patient de se rendre compte du bénéfice potentiel d'une neurotomie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.833>